FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 493

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ALEXANDRE-DANIEL ROSENTHAL

Né à Bayonne, le 4 Septembre 1900

Du Pseudo-Myxôme Péritonéal d'origine Appendiculaire

(Recherches effectuées principalement dans le service du Professeur HARTMANN)

Président : M. B. CUNÉO, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1930

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 R 11

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ALEXANDRE-DANIEL ROSENTHAL

Né à Bayonne, le 4 Septembre 1900

Du Pseudo-Myxôme Péritonéal d'origine Appendiculaire

(Recherches effectuées principalement dans le service du Professeur HARTMANN)

Président : M. B. CUNÉO, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE. .	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HOVELACQUE. .	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.
LEVEUF.	Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI. .	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgic.
MOURE.	Pathologie chirurgic.
MULON.	Histologie.
OBERLING. . . .	Anatomie pathologiq.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER. . . .	Histologie
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.]

A M. le Professeur HARTMANN

Chirurgien honoraire de l'Hotel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Je dois, avant de commencer cette étude, remercier très vivement M. le Professeur Hartmann qui m'en a suggéré l'idée et qui, dans son service modèle de l'Hôtel-Dieu, m'a autorisé avec une bienveillance toute particulière à rechercher les matériaux qui pourraient m'être utiles. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon respect, de ma reconnaissance et de mon dévouement.

A M. le Professeur B. CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hotel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

L'hommage le plus respectueux et les remerciements les plus émus pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Avant-Propos

Avant d'entrer dans le vif du sujet scientifique, je désire exposer mes sentiments.

Je ressens une joie complexe au moment de commencer cet ouvrage, car je vais traiter un sujet intéressant avec l'idée que je me rendrai peut-être utile ; et puis je pense à la satisfaction de mon père, dont les vœux les plus chers se trouveront ainsi comblés, de même que l'eussent été ceux de ma mère, malheureusement disparue.

J'éprouve, en outre, un contentement très rare sur lequel je vais donner des éclaircissements.

En 1919, à la Faculté de Médecine de Bordeaux, M. Robert Picqué, alors chef des Travaux d'anatomie, avait bien voulu me marquer quelque intérêt. Il me perdit de vue à la suite de mon départ pour Paris, où je vins accomplir ma deuxième année d'études. Toutefois, le hasard fit que je fus affecté, au cours de mon service militaire, — cela se passait en 1926, — à l'Hôpital Militaire de Talence. C'est là que je rencontrai à nouveau M. Picqué, exerçant les fonctions de Médecin Chef, tout en occupant en titre la chaire d'anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Me reconnaissant, il me fit pénétrer dans son Cabinet, et, dès que nous fûmes en tête-à-tête, s'indigna fort de mon grade subalterne de simple infirmier. Je dûs lui avouer avoir délaissé mes études médicales pour m'orienter vers une branche de l'industrie chimique. Je lus alors la réprobation dans son regard et subis un discours dans lequel mes agissements furent l'objet de vifs reproches, à la suite de quoi il me congédia. Une demi-heure après notre entrevue, je fus informé des décisions qu'il avait prises à mon égard :

1° J'assisterais à toutes les opérations et en rédigerais à ma manière un compte rendu qui serait soumis au Médecin-Chef.

2° Je serais chargé de prendre les observations des entrants.

3° J'étais nommé secrétaire particulier du Médecin-Chef, poste où je pourrais prendre les plus larges initiatives.

Je m'acquittai de mes fonctions avec bonne volonté et le colonel Picqué, me rencontrant un jour dans le couloir, m'annonça en souriant que, si je le voulais bien, je serais pourvu de quatre permissions « de spectacles » (?) par semaine, correspondant aux jours des cours, traitant des nerfs crâniens, que le Professeur Portmann, Oto-rhino-laryngologiste, faisait avec une splendide autorité à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux à 21 heures. Ce bonheur m'était échu à condition, bien entendu, de

présenter ces cours, au propre, comportant les figures ; afin de ne pas commettre de bévues, j'aurais la clef de la bibliothèque personnelle de mon chef à ma disposition, au cas où j'aurais besoin de chercher des références.

Cet homme sévère pour lui-même, d'une droiture extrême, d'une énergie sans limite, d'une conscience professionnelle au-dessus de toute imagination, s'était fixé un but : me redonner du goût pour la Médecine ; il y est arrivé.

Après le travail intense que je dûs fournir, plus, d'ailleurs, pour le plaisir de satisfaire que par obligation d'obéir, la reprise de mes études pour la poursuite desquelles je croyais qu'il me faudrait une remise en entraînement excessivement pénible, se fit avec une extrême facilité.

Malheureusement, c'est à sa mémoire seulement, qu'il m'est permis aujourd'hui de dédier cet ouvrage : le Professeur Picqué, victime de son dévouement, est mort glorieusement d'une chute d'avion survenue à Marcheprime (Gironde), alors qu'il se rendait d'urgence à l'Hôpital de Talence pour opérer une femme d'officier.

Qu'il me soit permis de lui adresser, ici, l'humble hommage de ma reconnaissance. Il voulait que j'exerce la médecine avec conscience, intelligence et probité, j'essaierai.

Historique

Depuis Cruveilhier qui, en 1864, décrit une dégénération gélatiniforme du péritoine, une série d'observations en a été publiée. Déjà, sans le secours du microscope, Cruveilhier distinguait « la dégénération gélatineuse du péritoine » du cancer colloïde. Nous trouvons dans son traité la phrase suivante : « Il est fort rare que la maladie se reproduise en dehors de la cavité abdominale et, à plus forte raison, il est sans exemple qu'elle ait envahi l'organisme tout entier ».

Plus loin, il dit : « La dégénération gélatiniforme du péritoine est assez fréquente ; théoriquement, on pourrait la diviser en primitive et en consécutive, mais, n'ayant jamais rencontré de dégénération gélatiniforme du péritoine sans dégénération de quelques-uns des organes de l'abdomen... » Plus loin encore, il ajoute : « Si l'on veut absolument comprendre cette maladie parmi les cancers, il faut dire qu'elle en constitue la forme la plus lente, la plus inoffensive... c'est le moins vivant de tous les tissus morbides... »

Donc, Cruveilhier avait déjà des idées bien arrê-

tées au sujet de la dégénérescence gélatiniforme du péritoine. Tout en repoussant l'idée que ce fût un cancer, il se rendait compte que des recherches ultérieures mettraient la question au point. Il ne voulait pas se compromettre, mais en tout cas considérait que c'était toujours une maladie « consécutive ».

Péan, dans son traité concernant le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, déclare que pour ne préjuger en rien de la nature de la maladie (d'autres lui ayant donné des noms à tendance étiologique), propose le nom de *maladie gélatineuse du péritoine*. Mais, plus heureux que Cruveilhier, il a d'autres moyens d'investigations, et en 1871, il donne à ses amis Ranvier et Malassez des pièces opératoires à examiner. Voici, résumé, le rapport que ces derniers lui fournirent : « Sur une coupe du péritoine, on trouve des loges remplies de matières colloïdes et séparées les unes des autres par des cloisons de tissu conjonctif plus ou moins épaisses. Le tissu conjonctif est lui-même altéré et si on l'examine à un fort grossissement, on voit que ses cellules et ses noyaux sont hypertrophiés... si on examine la substance gélatineuse répandue dans la cavité péritonéale, on y trouve des débris de cellules, des noyaux plus ou moins altérés avec un protoplasme disparu en partie... Nous n'avons nulle part trouvé des éléments analogues à ceux du cancer et du sarcome... Il est probable que nous étions en présence non pas d'une

production nouvelle ayant subi une dégénérescence colloïde, mais simplement d'une variété de péritonite chronique » (Ranvier et Malassez cités par Péan).

Péan cite encore un cas de Gosselin qui a demandé un compte rendu d'examen histologique à Cornil : les résultats ne sont pas contradictoires avec ceux obtenus par Ranvier et Malassez. La conclusion de l'article de Péan concernant le diagnostic et le pronostic est la suivante (résumé) : « Peu de maladies sont d'un diagnostic entouré d'autant de difficultés que la maladie gélatineuse du péritoine... (vu sa) rareté et la mauvaise définition de ses caractères. Elle est une sorte d'affection intermédiaire aux kystes et à l'ascite ; le pronostic est toujours fatal ».

La maladie qui nous occupe n'était pas encore connue.

Plus récemment, Werth (1884), en Allemagne, parle de masses gélatineuses libres ou enkystées dans le péritoine consécutives à la rupture de kystes ovariques. Ces faits sont bien connus des chirurgiens ayant, des opérations abdominales, une assez large pratique.

Frankel, le premier, en 1901, démontre que, contrairement à l'opinion de Werth, on peut trouver dans le péritoine des masses gélatiniformes consécutives à une lésion appendiculaire, l'appendice étant dilaté et perforé ; le cas qu'il soumet concernant un homme, il était clair qu'aucun kyste ovarique ne pouvait être incriminé.

Récamier cite un cas en 1905.

Hirst en cite un autre que recite Sprengl en 1906.

Mario Acevedo cite un cas en 1906.

Huter cite un autre cas en 1907.

Hartmann un autre en 1908.

A. Neumann un autre en 1909.

Etc..., etc...

Cela n'empêche que la question du *pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire demeure mal connue* de nombreux praticiens de valeur, au point que, dans une communication à l'Académie royale de Médecine de Belgique (Séance du 3 mai 1913), on peut lire : « Le pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire est très rare ; la littérature chirurgicale, en effet, n'en mentionne que trois cas... ».

Il faut arriver jusqu'en 1918 pour trouver dans les annales de gynécologie et d'obstétrique un article magistral de MM. H. Hartmann et L. Binet réunissant 23 observations publiées et 3 personnelles : l'existence du pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire est dès lors bien établie.

Après M. Lejars, ces auteurs insistent sur ce fait que ces productions gélatiniformes *d'origine appendiculaire ne présentent pas la gravité* des péritonites gélatineuses *d'origine ovarienne* sur lesquelles avait insisté Werth. *La gravité de ces dernières*, consécutives à la rupture d'un kyste de l'ovaire,

provient du fait que des cellules néoformées émigrent et se greffent dans la cavité péritonéale (*récidive*). Cette différence mérite d'être mise en évidence : *elle est capitale.*

Les dilatations kystiques de l'appendicite

Tous les chirurgiens ont eu l'occasion d'opérer des appendicites dans lesquelles *cet organe était dilaté*, quelquefois de façon considérable, et rempli d'un *liquide d'apparence muqueuse ;* nous en citerons à titre d'exemples quelques observations :

OBSERVATION I

M. B..., 17 ans. Le 1er janvier 1912, à 13 h., douleurs légères au ventre, d'abord sourdes, à droite de l'ombilic, peu à peu plus fortes. A 17 h., il se couche. A 22 h., brusquement, très vives douleurs abdominales diffuses ; coup de couteau ; le maximum est atteint à minuit. Puis atténuation progressive des douleurs : à 3 h. du matin le patient s'endort jusqu'à 7 h. Au réveil, fatigue et courbatures.

Pendant cette crise les joues et le ventre étaient brûlants ; des vomissements abondants alimentaires s'étaient produits à 22 h., suivis de vomissements bilieux ; en même temps le ventre diminuait de souplesse mais, d'après le malade, ne présentait ni hypéresthésie cutanée ni défense musculaire à la palpation.

Pas de selles pendant la crise ni dans les deux jours suivants ; une limonade et un suppositoire sont administrés.

« Grippe intestinale », dit un docteur le lendemain.

Après quatre mois de rémission absolue, deuxième crise de 15 h. à 1 h. du matin, accompagnée de diarrhée verdâtre très fétide, pas de vomissements.

Le 2 juillet 1918 (deux mois après), 3e crise. Début violent à 22 h. Douleurs très fortes débutant à l'ombilic, s'irradiant dans tout l'abdomen, descendant jusque dans les bourses. Elles s'exacerbent : le malade se roule à terre, vomit (bile). Elles s'atténuent au matin, se continuent quatre jours avec des localisations différentes. Constipation opiniâtre, accès répétés de fièvre.

« Péritonite » dit un médecin. Il ordonne lavements et purges, qui restent sans effet.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 3 août 1918, en chirurgie.

A. H. : Rien à signaler.

A. P. : Rien à signaler.

A. C. : Rien à signaler.

Etat actuel :

1° *Inspection* : Rien.

2° *Percussion* : Submatité au niveau du point de Mac Burney.

3° *Palpation* : Légère tension de l'abdomen, plastron net à contours assez bien marqués, douloureux à la pression profonde au niveau de la zone submate.

Etat général : Constipé, amaigri, affaibli.

Appareil cardio-vasculaire : R. A. S.

Appareil pulmonaire : R. A. S.

Urines : ppp

Température : ppp

Opération le 11 septembre 1918 par le Professeur Hartmann. Dissociation musculaire. Appendicectomie. Réunion sans drain.

Appendice du volume d'un crayon, un peu rétréci à un demi-centimètre du cæcum, régulier de forme. Ouvert, conte-

nu muqueux liquide s'écoule. La muqueuse a pris un aspect, au niveau de la collection, plus lisse que la muqueuse normale.

Commentaires : Donc, trois crises, défense musculaire, amaigrissement, affaiblissement. Rétrécissement appendiculaire.

Nous avons reçu le 16 novembre 1930 des nouvelles du malade, actuellement en excellente santé ; son poids avant la maladie était de 52 kilogs, pendant la maladie de 46 kilogs.

OBSERVATION II

Mlle Germaine D..., 19 ans. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 3 mai 1921, parce qu'elle a souffert du côté droit du ventre.

Il y a un an que la malade a commencé à souffrir de l'abdomen. Au début une douleur, d'ailleurs peu intense, commençant au creux de l'estomac pour se généraliser bientôt à tout l'abdomen, puis se localiser dans le côté droit, commençait vers 19 h. (avant le repas), durait deux ou trois heures, puis tout rentrait dans l'ordre. Pas de vomissements, pas d'élévation de température, jamais de constipation.

Dans l'année, la malade eut quatre ou cinq crises semblables à celle-ci. Elles se reproduisaient ainsi tous les mois ou tous les deux mois environ. Leur faible intensité n'inquiétait pas la malade.

Le 24 février 1921, nouvelle crise. Elle débute comme les précédentes à 19 h., avec une douleur épigastrique se généralisant, puis se localisant à droite. Elle fut plus forte ; la malade compare la douleur à celle que produirait un corps enfoncé dans l'abdomen ; elle siégeait non seulement dans la fosse iliaque droite, mais irradiait aussi dans le flanc droit.

La malade ne put prendre son repas du soir ni dormir la

nuit ; toutefois pas de vomissement, mais température à 37°8. Le lendemain, devant la persistance de la douleur, un médecin appelé, fit le diagnostic d'appendicite. Il mit la malade à la diète hydrique avec compresses chaudes sur le ventre, bientôt remplacées par une vessie de glace. Pendant quinze jours ce traitement fut continué, et, au dire de la malade, un empâtement qui existait dans le bas-ventre à droite finit par disparaître. Le 20e jour toute douleur avait cessé. Depuis cette époque, aucun phénomène nouveau. C'est sur les conseils de son médecin que la malade vient se faire opérer.

A. P. : Aucune maladie importante dans l'enfance. Réglée à 12 ans, règles régulières, aucune perte dans l'intervalle des règles.

A. H. : R. A. S.

Etat actuel : La malade n'accuse aucune douleur spontanée, toutefois la palpation révèle une douleur profonde située un peu en dehors du point de Mac Burney.

Appareil respiratoire : Rien à signaler.

Appareil cardio-vasculaire : normal.

Urines : o.

Opération par le Professeur Hartmann : incision sur le bord externe du grand droit : nous amenons le cæcum au dehors. Appendice long, presque rectiligne, adhérent à la paroi cæcale. Il est perdu dans des adhérences. Dissection au bistouri. Un peu de matière caséeuse près de l'extrémité de l'appendice, ablation.

A l'union du premier et des deux derniers tiers de l'appendice, oblitération. Le premier tiers présente des lésions d'appendicite folliculaire. Toute la partie terminale est distendue par un liquide muqueux et à parois lisses.

OBSERVATION III

René P..., entré le 16 février 1924.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour une violente crise de

douleurs abdominales qu'il eut le 10 février 1924. Il vient se faire opérer.

Le samedi 9, après avoir dîné, le malade se couche vers minuit, ressentant déjà une pesanteur légère dans le ventre et passe une très bonne nuit.

Le lendemain, au réveil, pas d'appétit, le malade se recouche. Dans le cours de l'après-midi, brusquement une douleur, sourde, assez forte, prédominant au côté droit, fait son apparition, contraignant le malade à l'immobilité. Des nausées non suivies de vomissements surviennent. La constipation, installée depuis quelques jours, persiste.

Un médecin est appelé dans la soirée. La crise tire alors à sa fin, les mouvements devenant possibles, et seule à ce moment, la pression exercée sur la fosse iliaque droite, révèle quelques points douloureux.

Le médecin prescrit la diète, les cataplasmes laudanisés, chauds sur le ventre et de la magnésie calcinée.

Dès le lendemain, les sympômes abdominaux étaient complètement disparus.

Depuis, selles régulières, plus de douleurs. Il n'a pas pris sa température, se nourrit de pâtes et de bouillon.

Examen :

a) Inspection : le ventre paraît normal.

b) Palpation : ne réveille pas de douleurs, même dans la fosse iliaque droite. Pas d'hypéresthésie cutanée. Le ventre est souple.

c) Auscultation : gargouillements dans la région cæcale.

Etat actuel : au point de vue fonctionnel, rien à signaler : ni vomissement, ni fièvre, ni constipation. Etat général très satisfaisant.

A. P. : mal de Pott en 1913 (cervical), actuellement guéri.

A. H. : Rien à signaler.

Opération par le Professeur Hartmann le 25-2-24. Incision au dehors du droit. Appendice augmenté de volume (très gros

manche de porte-plume). Sur tous les deux tiers terminaux quelques adhérences au mésoappendice que nous séparons au bistouri. Appendice à parois très épaissies ; dans son tiers terminal, cavité remplie d'un liquide séreux.

OBSERVATION IV

Mme J. R..., 32 ans, ouvrière. Entrée le 30 avril 1925.

Vient se faire opérer sur l'avis du docteur.

La veille, soudain, douleurs sourdes abdominales surtout au côté droit, d'intensité croissante, avec irradiations épigastriques ; peu après nausées, vomissements pendant toute la matinée.

Le médecin est appelé, fait une piqûre, ordonne l'application de glace sur le ventre.

Dans l'après-midi les douleurs se calment, les vomissements cessent, la fièvre apparaît et s'élève à 38°5 à minuit.

La malade ne s'était pas alimentée ; elle est très abattue.

Au cours de la nuit le sommeil est impossible : les douleurs ont duré jusqu'à 3 heures du matin, résolues par une piqûre.

A. P. : rien à signaler.

A. H. : rien à signaler.

A. C. : rien à signaler.

Examen :

a) *Inspection :* rien à signaler.

b) *Percussion :* rien à signaler.

c) *Palpation :* Hyperesthésie cutanée légère. On trouve une légère contracture musculaire de la fosse iliaque droite ; on réveille une très vive douleur sise au point de Mac Burney.

Toucher vaginal : col petit, cônique, dirigé dans l'axe du vagin ; corps utérin petit, normalement antéfléchi, culs-de-sac normaux, Douglas indolore.

Opération par M. Hartman : incision sur la partie externe du droit ; appendice sans adhérence, volumineux, grisâtre, ablation.

Distendu par matière filante transparente.

Examen de la pièce : appendice à lésions subaiguës banales. Pas de prolifération du tissu muqueux.

Commentaires : A noter : lésions subaiguës coïncidant avec une collection muqueuse intra-appendiculaire.

Reçu des nouvelles le 16-11-30. La malade ressent quelques douleurs lombaires semblant peu en rapport avec la question que nous traitons.

OBSERVATION V

Mme I... C..., entrée le 9-11-25, 26 ans.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu pour douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite.

Il y a 5 mois, première crise semblable à celle-ci : les premières douleurs, sises au niveau du creux épigastrique étaient accompagnées de nausées et de vomissements. Cette douleur, au courant de la journée, se localise dans la fosse iliaque droite ; la malade ne peut marcher. La première crise dura 24 heures ; les douleurs ont permis le sommeil.

La deuxième crise eut lieu 3 mois après, fut plus forte et dura 4 jours.

Au début les douleurs siègent au niveau du creux épigastrique et sont accompagnées de trois vomissements abondants qui ont lieu coup sur coup à une demi-heure d'intervalle, puis survient un quatrième vomissement plus éloigné. A partir de ce moment, les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite avec légère répercussion dans la fosse iliaque gauche. Violentes, elles durent toute la nuit et la matinée du lendemain, puis, à la suite d'application de glace sur le ventre, se calment peu à peu. Les douleurs durent néanmoins 4 jours et ne sont pas accompagnées de nausées ni de vomissements.

Le mouvement les réveille. Ce n'était pas le moment des règles ; pas de constipation, pas de fièvre, pas de céphalée.

La troisième crise apparaît le 27 octobre. Moins forte que la deuxième, elle dure 2 jours. Même symptômes douloureux avant le dîner. La malade mange légèrement et n'a pas de nausées. Un peu plus tard, les vomissements apparaissent coup sur coup, d'abord alimentaires, puis bilieux. Les douleurs siègent alors au niveau de la fosse iliaque droite, et n'empêchent pas la malade de dormir.

La malade, enceinte, ne voit plus depuis le 19 septembre. Pendant cette crise, ni fièvre, ni constipation, ni céphalée.

A. H. : Mère morte d'une maladie de foie, père bien portant.

A. C. : Un frère et une sœur bien portants.

A. P. : Chorée à l'âge de 13 ans avant ses règles. Les règles, par la suite, toujours en retard de 8 jours, durent 4 jours et sont normales.

Etat actuel : La malade ne souffre pas.

Température : ?

Examen :

a) Inspection : Ventre normal (enceinte).

b) Palpation : La pression au niveau du creux épigastrique, provoque une légère douleur. La pression au point de Mac Burney réveille la douleur. Léger empâtement, résistance musculaire.

Pas de fièvre ni d'anorexie.

Opération le 13-11-25 par le Professeur Hartmann : Incision sur la partie externe du droit. Appendice adhérent à l'épiploon qui l'encapuchonne, et au méso-appendice. Libération ; on voit alors que la partie initiale de l'appendice est normale, que ses deux tiers terminaux sont renflés, atteignant presque le volume du doigt. Ablation.

Incisé, liquide muqueux, cavité à paroi lisse, grisâtre, la

partie initiale ayant au contraire l'aspect d'une muqueuse normale.

Commentaires : On peut noter l'aspect de la muqueuse. Ayant reçu des nouvelles de cette malade 5 ans après cette opération, nous avons appris qu'elle ressent des douleurs présentant une grande similitude avec la petite crise ultime.

OBSERVATION VI

M. J. W..., chauffeur, âgé de 60 ans, entré le 15-12-20.

Le malade est entré à l'Hôtel-Dieu parce qu'il a une grosseur dans le flanc droit.

Vers le mois de juillet 1920, le malade a remarqué par hasard dans le flanc droit la présence d'une petite masse dure, d'à peu près la taille d'un œuf que le malade comparait à une pierre. Le malade dit qu'il pouvait déplacer facilement cette masse sans éprouver de douleur. Au toucher il lui semblait que cette masse était plus dure le matin que le soir. Le volume de la tumeur (dit-il), n'augmente pas jusqu'au mois de novembre 1920.

Vers le mois de novembre 1920 cette masse dure a commencé à grossir ; le malade ne souffrait pas. L'augmentation de volume a continué jusqu'au 15-12-20, date de l'entrée du malade à l'hôpital. Elle a atteint maintenant la taille d'un poing, au dire du malade plus dure le matin que le soir.

Pas d'amaigrissement.

Etat des selles. — Depuis un mois le malade qui jusqu'alors déféquait normalement, est obligé de se purger pour aller à la selle. En tout cas, avec ou sans laxatif, les selles sont noires.

Etat général : Bon, ni vomissement, ni douleur spontanée, ni urines troublées, depuis 2 mois douleurs dans la jambe droite.

A. P. : R. à S., femme ayant eu 2 F. C.

A. H. : Père décédé (il ignore de quoi).

Mère décédée d'une maladie de ventre (?) dit-il.

Etat actuel : a) *A l'inspection :* ventre volumineux.

b) *A la palpation :* Abdomen souple, indolore ; au côté droit, masse grosse comme le poing, dure, indolore, dont les contours semblent assez nets, très mobile : on peut la faire descendre jusqu'à la symphyse, on peut lui faire franchir la ligne médiane dans l'hypocondre, la remonter jusqu'au rebord costal. Ces manœuvres sont à peu près indolores.

c) *A la percussion :* cette masse est mate.

d) *Toucher rectal :* Lobe gauche de la prostate un peu hypertrophié ; on ne trouve pas la masse abdominale, même quand elle occupe la position la plus basse.

e) *Insufflation du rectum :* la masse se place en dedans et au-dessus de l'E. I. A. S. D. et perd toute mobilité. La percussion ne permet pas de délimiter le côlon.

Poumons : léger emphysème.

Cœur : R. à S.

Pouls : 76.

Urines : Alb. : o, sucre : o.

Réflexes pupillaires : normaux.

Le 20 décembre, recherche du sang dans les selles : réaction de Weber négative.

Radioscopie : Le lavement baryté remplit régulièrement et rapidement tout le gros intestin, mais le côlon ascendant et le cæcum sont complètement déviés en dedans par la grosseur mobile qui se trouve dans le flanc droit. A la palpation sous les rayons, cette grosseur est indépendante du cæcum et sa mobilisation n'entraîne pas le cæcum.

Janvier 1921 : le malade revient dans le service. Dans la fosse iliaque droite et le flanc correspondant on sent une tumeur arrondie régulière, du volume des deux poings, ferme (autant qu'on peut juger à travers la paroi abdominale), assez

épaisse, indolente, mobile surtout de haut en bas. Lorsque l'on place le malade en position élevée du bassin la tumeur disparaît et vient prendre le contact lombaire. Etat général excellent.

Le 12 janvier 1921 *opération* par le professeur Hartmann : incision un peu oblique en bas et en dedans allant du flanc vers la fosse iliaque. Le ventre ouvert, on voit une tumeur arrondie d'apparence kystique présentant au niveau de sa partie la plus antérieure, une coloration blanche. L'épiplôon passe en avant d'elle mais ne contracte pas d'adhérences avec elle. Nous l'attirons facilement au dehors et pouvons constater qu'elle est au dehors du cæcum et de la partie inférieure du côlon ascendant, collée contre cette portion de l'intestin, et, par sa partie inférieure, se continuant avec l'appendice qui est du volume du petit doigt, dont on ne voit que 2 cm. correspondant à son insertion. Section (après deux ligatures) de la face séreuse vascularisée qui passe au devant de la partie interne du segment inférieur de la tumeur dont il aborde la partie antéro-interne et qui semble correspondre à un méso-appendice. Il est alors facile d'énucléer la tumeur dont la paroi très amincie se rompt, laissant s'écouler des masses gélatineuses.

Une fois cette tumeur libérée on constate qu'elle ne tient plus que par un pédicule correspondant à un appendice très dilaté qui s'implante sur le cæcum. Après écrasement, enfouissement dans une suture en bourse. Fermeture en un plan de bronze sans drainage.

Examen macroscopique : La tumeur est constituée par une coque mince organisée, avec des arborisations vasculaires se continuant avec une petite étendue d'appendice. Le contenu est gélatineux, blanc grisâtre. La cavité de l'appendice se continue à plein canal avec la partie qui semble la dilatation énorme de cet appendice aminci.

OBSERVATION VII

HAMMESFAHR (Voir bibliographie)

Femme de 38 ans, constipée de longue date. En janvier 1913 douleurs subites dans la fosse iliaque droite, à plusieurs reprises un peu de sang dans les selles ; au niveau du cæcum, tumeur de la forme d'un rein, lisse, mobile.

A mai 1913, l'opération est faite par Israël : on trouve un appendice volumineux, long de 12 centimètres, large de 5, dur et lisse. La tumeur est fusionnée à sa base avec le cæcum mais n'adhère pas aux organes voisins.

Résection, fermeture des deux bouts, entéro-anastomose latérale. Guérison. L'appendice était rempli d'une masse gélatineuse. Sa muqueuse blanche présentait un aspect leucoplasique.

La lecture de ces observations nous permet de remarquer que *sur nos 5 premiers cas*, deux fois les malades atteints de mucocèle appendiculaire n'en étaient qu'à leur première crise. Deux fois les malades venaient de subir leur troisième crise. Chez ces deux derniers malades, le début des accidents appendiculaires s'est produit : dans un cas 5 mois plus tôt, dans l'autre 7 mois avant. Chez un seul, le début survient un an avant l'opération, son nombre de crises est de 6 ou 7.

Généralement, les crises appendiculaires ont été plutôt légères.

Dans l'observation n° 2, nous rencontrons une nette oblitération à l'union du tiers initial et des 2 tiers terminaux. L'aspect de la muqueuse, dans 2 cas non spécifiés offre dans 3 cas une apparence

lisse au niveau de l'épanchement. Mais la *remarque cardinale* que nous pouvons dégager de ces 5 exemples est :

Les appendicites kystiques décrites dans les 5 premières observations contiennent toutes du liquide muqueux.

Cela s'explique par la présence de bile dans les observations n°s 1, 3, 4, 5. En effet, la cavité de l'appendice n'est pas retranchée de la circulation intestinale. Dans l'observation 2, où il y a oblitération nette, il se trouvait sans doute avant l'occlusion de l'appendice de la bile dans la cavité appendiculaire, en quantité suffisante pour contrarier la concrétisation de la mucine appendiculaire par la mucinase (H. Roger). C'est sur l'absence de la bile et de son action anticoagulante que MM. Hartmann et Binet ont les premiers attiré l'attention pour expliquer la concrétisation, dans le péritoine, du mucus appendiculaire épanché qui se trouve soumis à l'action de la mucinase produite par les glandes du vermium.

Dans les observations n°s 6 et 7, nous trouvons du mucus concrété. Ces deux cas, dont l'un appartient à M. Hartmann et l'autre à Hammesfahr, demandent une explication ; vu le volume de la collection kystique dans ces deux cas, on peut penser que l'action de la bile arrêtée par les premières couches de suc appendiculaire ne s'exerçait pas sur les parties du liquide kystique situées loin du cæcum ; ces parties pouvaient donc se concréter, la mucinase

coagulant la mucine. Ce sont là, à des degrés divers, des lésions qui, par leur caractère, nous permettent de penser avoir surpris, avant la lettre, le futur pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire à l'état naissant.

Nous avons pu observer une distension énorme, une fragilité des parois faisant prévoir un éclatement ou une fissuration, lesquels entraînent fatalement l'invasion du péritoine par le mucus, la mucinase, les diastases, en un mot par le suc appendiculaire.

Dans d'autres cas, — et c'est surtout sur cela que nous voulons attirer l'attention, — il existe au dehors de l'appendice des masses gélatiniformes donnant cliniquement l'aspect d'une tumeur, ayant même pu faire croire à des chirurgiens, après l'ouverture du ventre, à l'existence d'un cancer inopérable.

Ce sont ces ressemblances qui ont fait dénommer cette lésion : pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire.

Observations de pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire

OBSERVATION I

Frankel (voir bibliographie)

A l'autopsie d'un vieillard de 79 ans, mort de ramollissement cérébral on trouve le bassin rempli de masses gélatineuses. L'appendice dilaté et perforé sur sa face antérieure contenait une gelée du même aspect. Pas d'encapsulation de la substance mucoïde (1901).

OBSERVATION II

Récamier (voir bibliographie)

Au cours d'une cure de hernie inguinale en apparence simple, Récamier fut frappé, en incisant le sac herniaire, de trouver dans la cavité péritonéale une matière gélatiniforme très abondante, accumulée dans la partie déclive de l'abdomen à la manière d'une inondation péritonéale. Allant à la recherche de l'appendice, il vit que cet organe avait en quelque sorte éclaté, s'était rompu sous la pression de la substance muqueuse qui s'était déversée dans le péritoine (1905.

OBSERVATION III

HIRST cité par SPRENGL (Voir bibliographie)

A l'autopsie d'une femme de 50 ans, morte de coma diabétique on trouve un appendice dilaté, avec une petite perforation laissant passer une grappe de tissu muqueux ; occlusion de l'appendice ne communiquant pas avec le cæcum. La masse gélatiniforme est faite de pseudo-mucine avec de petits éléments calcifiés (1906).

OBSERVATION IV

MARIO ACEVEDO (Voir bibliographie)

Homme de 60 ans ; dans la fosse iliaque 100 cm^3 de substance gélatineuse transparente entourant l'appendice, retenu contre la fosse iliaque par un réticulum de fibres conjonctives. En examinant l'appendice on s'aperçut qu'il s'ouvrait dans la cavité abdominale, mais était oblitéré du côté de l'intestin. Sa cavité était remplie de substance gélatineuse (1096).

OBSERVATION V

HUTER (voir bibliographie)

Homme de 35 ans. Autopsie : la partie iléo-cæcale de l'intestin avait l'aspect d'une môle hydatiforme : l'appendice, oblitéré près du cæcum par un adéno-carcinome était entouré de vésicules, grosses comme une cerise, contenant un mucus transparent et dont la paroi était constituée par du tissu conjonctif. L'appendice était rempli de la même masse muqueuse transparente : il n'était pas perforé mais sa paroi était, en un point, amincie et saillante (1907).

Cette coïncidence avec un adéno-carcinome a contribué à rendre ce cas-là douteux en tant que pseudo-myxome péritonéal, aux yeux de nombreux auteurs.

OBSERVATION VI

A. Neumann. (voir bibliographie)

Une jeune fille de 16 ans est opérée pour une troisième crise d'appendicite : à l'intervention on voit l'appendice reposant sur une espèce de coussin formé par de petits kystes et rappelant le frai de grenouille. Les ovaires étaient normaux. L'appendice était oblitéré dans sa moitié proximale. Vers le tiers de sa moitié distale il y avait une hernie formée par la muqueuse et la séreuse, sans participation de la tunique musculaire : c'est par ce diverticule que devait s'échapper le mucus secrété sous une forte pression par les glandes appendiculaires (1909).

OBSERVATION VII

Chavannaz (Voir bibliographie).

Homme de 35 ans, syphilitique. Depuis l'âge de 21 ans cet homme est sujet à des crises abdominales douloureuses, en tout une demi-douzaine, à siège prédominant dans la fosse iliaque droite. La dernière crise, survenue à la fin de l'année précédente a été particulièrement violente, s'accompagnant d'un retentissement péritonéal très marqué. (A trente ans, à l'occasion d'une crise, douleur à droite et léger ballonnement du ventre pendant 5 jours ; à 32 ans crise plus forte ; constipation depuis cette époque).

Etat actuel (juin 1905) : amaigri, teint jaunâtre, ventre ballonné. On sent dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une grosse noix, douloureuse à la pression, un peu mobile. Selles régulières avec glaires. Tenant compte de ces constatations, on pense à une appendicite à répétition. Cependant le volume de la tumeur, la marche relativement lente de l'affection, l'amaigrissement du sujet, font faire des réserves pour une origine tuberculeuse de l'inflammation.

Opération (12 juillet 1905). — Incision de Jalaguier. L'appendice a le volume d'un doigt d'adulte ; il adhère au cæcum et à l'angle iléo-cæcal. Au niveau de cet angle existe une tumeur du volume d'une belle noix. On pense à un néoplasme malin. Toutefois, détachant doucement l'appendice, on voit saillir plusieurs petites sphères parfaitement régulières de coloration ambrée, remplissant une loge comprise entre l'appendice en avant, le cæcum et la fin de l'iléon en arrière Le volume de ces sphérules varie de celui d'un grain de millet à celui d'un tout petit pois. Elles sont agglutinées entre elles à la façon des œufs d'écrevisses. L'appendice est libéré, enlevé, un drainage est effectué pendant 48 heures. La réunion se produit « per primam ». Guérison.

Examen histologique de l'appendice : L'appendice, du volume d'un doigt d'adulte, est rempli de grains hyalins de mucus concrété ; hypertrophie des glandes remplies de bouchons de mucus s'agglutinant dans la lumière. Volume considérable des follicules qui sont infiltrés de leucocytes polynucléés.

Traînées lymphatiques dans les diverses couches de l'organe. On ne voit pas de perforation de l'appendice. (Communiqué en 1909).

OBSERVATION VIII

H. Cramer (Voir Bibliographie)

Femme de 50 ans, ressentant, depuis quelques années, des tiraillements dans le côté droit du ventre. Son dernier accouchement remonte à 4 ans et l'on avait constaté à ce moment que l'involution utérine avait été lente. Depuis ce temps, règles plus longues et plus abondantes. Durant les derniers six mois ces ménorrhagies s'étaient transformées en véritables métrorrhagies de 4 à 6 semaines de durée. Il en était résulté un profond état d'anémie. Enfin, depuis quelque temps, la patiente avait remarqué que son ventre devenait assez volumineux.

Quand on l'examina, tout ce qu'on lui découvrit de notable fut un myome utérin remontant jusqu'à l'ombilic ; donc, laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, apparition de masses myxomateuses. Le péritoine pariétal était épaissi et portait plusieurs franges de même nature. Le péritoine viscéral était également recouvert de vésicules pseudo-myxomateuses. La première pensée de Cramer fut qu'il s'agissait d'un kyste muqueux rompu de l'ovaire : les ovaires étaient intacts. L'inspection poursuivie fit découvrir des masses myxomateuses un peu partout, mais surtout dans le côté droit (F. I. D.). Cette constatation et les signes d'appendicite présentés par la malade, conduisirent l'opérateur à rechercher l'appendice. Celui-ci avait le volume d'un doigt et son extrémité libre perforée baignait dans une petite cavité pleine de gelée myxomateuse.

La malade guérit parfaitement.

La cavité de l'appendice contenait, elle aussi, quelques masses gélatineuses : il semble donc que l'appendice et ses sécrétions aient été le point de départ de la dégénérescence pseudo-myxomateuse du péritoine (1910).

OBSERVATION IX

MOORE (Voir Bibliographie)

Femme de 44 ans ; à l'opération, masse colloïde libre non enkystée, accolée au cæcum, au côlon ascendant et aux dernières anses intestinales du grêle. Ablation de l'appendice ; les deux ovaires sont normaux. Guérison (1910).

OBSERVATION X

TROTTER (Voir Bibliographie)

Homme de 36 ans ayant souffert d'une crise douloureuse dans la F. I. D. en 1907, ayant conservé une sensibilité iliaque, est repris, en mai 1908, d'une crise appendiculaire violente. A la suite de cette dernière, persiste une tuméfaction. A l'opération, on constate au niveau de l'épiploon, du cæcum et du côlon ascendant, des masses gélatineuses enkystées dans des adhérences récentes. On les enlève, et, comme on ne voit pas l'appendice, on referme.

Guérison complète qui s'est maintenue depuis lors (1910).

OBSERVATION XI

HONECKER (Voir Bibliographie)

Homme de 79 ans, présentant une tumeur dans la fosse iliaque droite. A l'opération, on trouve une masse gélatineuse et un appendice perforé. Ablation. Après avoir été mieux, le malade, 20 jours après l'opération, a de la fièvre (40°) et meurt (1910).

OBSERVATION XII

HONECKER (Voir Bibliographie)

Femme de 50 ans souffrant dans la fosse iliaque droite depuis 3 ans. Ablation de l'appendice. Guérison. L'appendice était oblitéré à sa partie moyenne et présentait, au niveau de son extrémité distale, une perforation par laquelle s'échappaient des masses muqueuses dans l'abdomen (1910).

OBSERVATION XIII

D. MALPAS et DE LOSTALOT (Voir Bibliographie)

Homme de 70 ans. Première atteinte d'appendicite 20 ans auparavant. En octobre 1910, retour offensif violent, opération. L'appendice perforé baigne dans des exsudats gélatiniformes accumulés dans le péritoine.

L'examen montre un appendice formant cavité, tapissé de mucus, ne communiquant pas avec la cavité cæcale. Mais il y a, par l'intermédiaire d'une perforation, continuité entre le vase appendiculaire et l'exsudat péritonéal pseudo-myxomateux (1911).

OBSERVATION XIV

LEJARS (Voir Bibliographie)

Homme de 45 ans ; diagnostic d'abcès appendiculaire. Une incision avait été faite dans la région iliaque, sans aller plus loin ; pas de cicatrisation ; par la suture s'écoule des masses gélatineuses et s'installe une fistule laissant échapper des coulées de grumeaux gélatineux et transparents.

M. Lejars réincise la fosse iliaque et ouvre une grande ca-

vité sur la face externe du cæcum et du côlon ascendant, d'où il enlève une gelée molle, transparente. Sans rechercher l'appendice, il ferme avec drainage. *Le malade guérit complètement* (1912).

OBSERVATION XV

LEJARS (Ibidem)

Homme de 43 ans. Appendicite. Opération : liquide mucilagineux dans la cavité péritonéale, épiploon contenant de petits kystes translucides, appendice présentant à son extrémité une perforation minuscule. Guérison.

OBSERVATION XVI

LEJARS (Ibidem)

Femme de 30 ans. Plusieurs crises antérieures d'appendicite ; d'une poche limitée par une mince pellicule membraneuse, M. Lejars enlève plusieurs cuillérées à bouche de gelée, puis un gros appendice kystique perforé. Guérison.

OBSERVATION XVII

DELETREZ (Voir Bibliographie)

Femme de 50 ans, chez laquelle un mois auparavant on avait constaté dans la région iléo-cæcale, une tumeur formant plastron, rénitente, douloureuse à la pression. Bientôt surviennent des phénomènes douloureux avec signes de péritonite localisée. On pense à un abcès appendiculaire. L'incision donne

issue à un liquide gélatineux, colloïde, sous forme de sphéroïdes, les uns isolés, les autres agglutinés en grappe, rappelant une môle hydatiforme. Quantité environ 500 gr. Le champ débarrassé, on trouve un appendice adhérent au cæcum et à l'épiploon, perforé à son extrémité, et laissant perler en ce point un liquide gélatineux. Au cours de la libération pénible de l'appendice, on ouvre un petit foyer suppuré. Drainage qui, pendant 8 jours, donne issue à des masses colloïdes.

Guérison en 3 semaines.

OBSERVATION XVIII

LEONTIEF (Voir Bibliographie)

A l'autopsie d'un homme de 60 ans, mort d'artério-sclérose, avec thrombose des artères mésentériques, on trouve dans la cavité abdominale, libres au milieu des anses intestinales, deux amas, gros comme la main, de mucus jaunâtre transparents situés l'un près de l'insertion cæcale de l'appendice, l'autre au fond du bassin. L'appendice a la forme d'une anse, sa lumière est fermée au niveau du cæcum. A son extrémité libre se voit un diverticule au sommet duquel se trouve un orifice à bords minces et réguliers. Sa cavité est remplie de mucus (1913).

OBSERVATION XIX

JOHN T. MOORE (Voir Bibliographie)

Femme de 55 ans souffrant depuis 10 ans de constipation et de douleurs légères dans la région appendiculaire ; quelques nausées le matin. Crampes abdominales par moment.

Abdomen un peu distendu, selles difficiles, tumeur nodulaire dans la région de l'appendice ou du cæcum, un peu sensible à la pression, un peu mobile. A l'examen radiologique, on voit un rétrécissement annulaire au niveau ou au voisinage de la valvule iléo-cæcale.

Le diagnostic probable est : cancer.

Opération : Une incision est faite sur le muscle droit et après examen on se décide à faire une résection avec l'idée qu'on se trouve en présence d'un cancer associé à un kyste de l'appendice.

Pendant la libération du côlon, on trouve le long de son bord externe une masse gélatineuse qui s'écoulait de l'extrémité rupturée de l'appendice. Résection du côlon ascendant et de la fin de l'iléon. Fermeture des deux bouts. Anastomose latérale.

Guérison sans incident.

Examen de la pièce : Masse de 9 cm. de long sur un diamètre variant de 2 à 4 cm. 5 de large, fusionnée avec la paroi droite et un peu postérieure du côlon ascendant : c'est l'appendice dilaté ouvert à son extrémité au-dessus de laquelle se trouve une masse gélatineuse d'environ une cuillerée à soupe sortant par la perforation.

Au microscope, sclérose des tuniques musculaire et séreuse, chute presque complète de l'épithélium, *pas de cancer* (1915).

OBSERVATION XX

Moore (Ibidem)

Fillette de 13 ans, appendicite avec abcès. Ablation de l'appendice perforé dans un abcès. Derrière le cæcum il reste une partie épaissie que l'on abandonne. Drainage.

Vers le 5e jour on remarque, mêlées au pus, des masses gélatineuses qui étaient de la pseudo-mucine. Cet écoulement

continue. La fièvre survient et la malade s'éteint 6 semaines après l'opération.

OBSERVATION XXI

Fred Warren Bailey (Voir bibliographie)

Homme de 25 ans opéré d'appendicite aiguë en novembre 1913. Persistance assez longue d'une fistule qui se rouvre de temps et temps. Consulte parce qu'il a de la constipation, des nausées après le repas, qu'il perd poids et forces.

A l'examen, un peu de défense et de sensibilité de la F. I. D.

Opération le 5 déc. 1914 : Débridement de la fistule qui contient un peu de pus et des masses gélatineuses ; le ventre ouvert, on voit une masse épiploïque qui entoure le cæcum. Après ablation de l'épiplôon, on voit des bandes fibreuses sur le côlon ; l'appendice du volume du pouce, est replié en arrière du cæcum et adhérent. Il repose sur un lit de masses gélatineuses qui recouvrent aussi la fin de l'iléon et qu'on peut évaluer à 70 gr. environ. Ablation de l'appendice. Guérison.

Examen de la pièce : kyste gélatineux de l'appendice communiquant par une petite perforation avec les masses gélatineuses intrapéritonéales. La tunique musculaire est épaissie, sclérosée ; la tunique muqueuse est conservée avec cette particularité que l'épithélium est manifestement aplati (Communiqué en 1916).

OBSERVATION XXII

Villar (Voir bibliographie)

Chez un malade dont les écarts de régime fréquents ont occasionné depuis longtemps un mauvais fonctionnement in-

testinal, apparition d'une première crise d'appendicite en 1901 (à l'âge de 30 ans) ; ces crises se renouvellent tous les six mois ;il y a un an, crise aiguë d'appendicite. Vu et opéré le mois d'août 1917.

Opération le 20 août 1917, par M. Villar (résumé) :

Incision de Jalaguier... découverte de l'appendice... A l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs, et sur la partie externe de l'appendice se trouvait une espèce d'ampoule du volume d'une petite noix qui était rattachée à l'appendice par un petit pédicule. La cavité appendiculaire communique par un orifice arrondi très net avec celle de cette espèce d'ampoule... Cette pièce opératoire est confiée, pour qu'il soit fait un examen histologique, au Pr Sabrazes.

Examen histologique (par M. le Pr Sabrazes) :

Nous relevons dans son rapport les données suivantes :

« La communication est nette entre la poche para-appendiculaire et la cavité de l'appendice ; la muqueuse de l'appendice se continue jusqu'à la poche susdite. Le contenu de l'appendice est muco-purulent ; celui de la poche est formé d'un mucus hyalin, compact, tassé blanc-jaunâtre. La paroi de la poche est faite de tissu conjonctif jeune à cellules rondes, étoilées, fusiformes, constitué par le péritoine épaissi. C'est donc un épanchement péritonéal pseudo-myxômateux ; la substance gélatineuse n'est pas organisée » (Compte rendu modifié).

Commentaires : Il ne s'agit pas ici d'un diverticule (comme certains l'ont cru) présentant des lésions de mucocèle, mais d'un vrai pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire. La lésion s'est constituée au cours de nombreuses années, et l'appendice s'est infecté sans doute après la formation de ce pseudo-myxome, celui-ci résistant à l'envahissement de l'infection par la densité de son conte-

nu ; c'est ainsi que nous pouvons nous expliquer la coexistence de ce liquide muco-purulent dans la cavité de l'appendice et de mucus concrété dans la poche organisée aux dépens de la séreuse péritonéale, siège du pseudo-myxome.

Dans l'article publié dans la revue de gynécologie et d'obstétrique (voir bibliographie) par M. le Professeur Hartman et Binet nous trouvons une observation de M. le Professeur Hartmann qui, tout en étant un cas de pseudo-myxome péritonéal, sans nul doute d'origine ovarienne, présentait des lésions appendiculaires bien étudiées par M. Lecène, et nous le citerons, vu l'intérêt que présente l'examen histologique de l'appendice.

OBSERVATION XXIII

Pr Hartmann

Le 21 mars 1908, *opération* chez une femme d'une tumeur abdominale kystique avec réaction péritonéale subaiguë, douleurs assez vives et amaigrissement considérable.

Incision médiane sous-ombilicale. L'épiplôon adhère à la paroi abdominale antérieure au niveau de la partie inférieure de l'incision.

L'épilôon est relevé, et une quantité de liquide gélatineux venant par paquets demi-solides est évacuée. On voit alors qu'il existe à droite une tumeur kystique ovarique multiloculaire dont une poche est largement ouverte et laisse voir dans son intérieur une tumeur bourgeonnante grisâtre du volume du poing.

Libération pénible de la poche kystique qui adhère à la face postérieure du ligament large et à la paroi latérale droite du pelvis.

A gauche l'ovaire est d'apparence normale, il existe une hydro-salpingite. Hystérectomie subtotale avec ablation bilatérale des annexes. Résection de l'épiôon.

L'appendice adhérait à la tumeur ; il est dilaté, kystique, nous l'enlevons. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Suites immédiates : Guérison sans accidents.

Suites éloignées : La malade après avoir été à peu près bien pendant 6 ans a recommencé à souffrir du ventre et à s'affaiblir. Nous la revoyons le 4-11-14. Le ventre est un peu augmenté de volume, etc. Elle meurt le 5 avril 1915 (7 ans après l'opération), l'intervention nouvelle ayant été jugée inutile.

Examen de l'appendice par M. Lecène : La cavité de l'appendice dont les dimensions dépassent celles d'une grosse olive est remplie par une substance hyaline qui se colore en violet clair par l'hématoxyline et en violet rouge par le bleu polychrome.

La muqueuse est réduite à une seule assise épithéliale formée de cellules cylindriques hautes, mélangées à un grand nombre de cellules caliciformes contenant des grains d'une substance hyaline analogue à celle qui remplissait la cavité de l'appendice.

Dans la paroi fibro-musculaire de l'appendice, d'ailleurs très amincie, on retrouve dans les vaisseaux lymphatiques dilatés la même substance qui se présente sous l'aspect de plaques nettement colorées en voilet clair par l'hématoxyline. Cette substance donne également la réaction métachromatique rouge violet sur les coupes colorées par le bleu polychrome. On peut donc la considérer comme étant du mucus intestinal secrété par les cellules caliciformes de la muqueuse appendiculaire profondément modifiée.

La lésion essentielle caractéristique de cet appendice kystique est l'atrophie complète de la muqueuse (disparition des glandes et de tout le tisssu lymphoïde avec conservation des cellules caliciformes secrétant du mucus ; à signaler aussi la résorption de ce mucus par les lymphatiques de la paroi appendiculaire.

M. Hartman cite l'opinion de Rathe, qui admet l'existence d'un rapport direct entre la tumeur ovarienne et la production kystique appendiculaire. Nous pencherons à admettre que dans ce cas il y avait lésion appendiculaire non métastatique, vu que, habituellement, les kystes de l'ovaire sont remplis d'une substance qui, quoique désignée sous le nom de pseudo-mucine, est très différente de la mucine intestinale, la pseudo-mucine étant une substance classée dans le groupe des nucléo-albumines, la mucine étant une glycoprotéïde.

Ce cas étant tout de même sujet à discussion, et les intentions qui nous ont dicté sa citation ayant d'ailleurs été précisées initialement, nous passerons à la citation d'une observation de M. le Professeur Hartmann qui ne laisse aucun doute sur l'indiscutabilité de la lésion, en tant que épanchement péritonéal pseudo-myxomateux d'origine appendiculaire.

OBSERVATION XXIV

Mme B... âgée de 46 ans, cultivatrice, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 juin 1917. Elle raconte que depuis 1900, époque où elle

a été traitée pour une crise d'appendicite, elle a toujours éprouvé une certaine sensibilité dans la partie inférieure droite du ventre, cette sensibilité augmentant quand elle était fatiguée.

Dans les premiers jours d'avril 1917, elle constata par hasard la présence en dedans de l'E. I. A. S. D., d'une tumeur du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était (dit-elle) dure, un peu sensible à la pression, mobile. Depuis cette époque la tumeur a un peu augmenté de volume tout en continuant à ne déterminer qu'une sensation de gêne locale, de corps étranger, surtout quand la malade est fatiguée. L'appétit est conservé, les garde-robes se font tous les deux jours et s'accompagnent parfois de glaires ; un peu d'amaigrissement et de perte des forces.

A. H. : Père mort de congestion cérébrale, mère bien portante.

A. P. : Pas de maladie grave antérieure ; deux grossesses à terme, pas de fausse couche.

Etat actuel : a) à l'inspection le ventre ne présente rien de particulier à part une légère voussure de la partie droite.

b) *A la palpation* on constate la présence à 2 travers de doigt au-dessus et en dedans de l'E. I. A. S. d'une tumeur du volume d'un petit œuf, de consistance dure, de forme arrondie, à contours bien limités et lisses, un peu mobile, indolore spontanément, très légèrement douloureuse à la palpation, à peu près fixée sur la paroi profonde de la fosse iliaque.

Opération le 6-7-1917 par le Pr Hartmann : incision immédiatement en dehors du muscle grand droit, ouverture du ventre.

A travers l'épiplôon adhérent à la partie externe et inférieure de la fosse iliaque, on voit le cæcum formant une tumeur de couleur jaunâtre. Libération et résection de cet épiplôon. On voit alors que le cæcum est comme soulevé par une masse blanc jaunâtre, recouverte d'un feuillet d'apparence séreuse se continuant avec le péritoine iliaque, faisant

corps avec le fond et la partie postéro-latérale externe du cæcum.

Pensant à une tumeur du cæcum nous faisons en dehors de lui une incision pour amorcer un décollement ; immédiatement apparaissent des masses gélatineuses jaunâtres, mêlées par places de parties plus blanches ressemblant à une pâte de guimauve très molle. Nous vidons toute la poche de ces masses et voyons alors, collé sur la partie postéro-latérale externe du cæcum un appendice fusionné avec cette paroi. Cet appendice, très augmenté de volume présente à sa partie moyenne un orifice en forme de fente, béant, large de 1 cm. longue de 2 cm. et demi. Décollement et libération de cet appendice qui vient en 2 morceaux. Nous écrasons la partie cæcale au niveau de son insertion, lions, enfouissons sous un sujet séro-séreux.

Réunion de la paroi en un plan avec des fils de bronze, draînage.

Suites opératoires : les suites opératoires ne présentent rien de particulier, le drain est retiré le 10, les fils le 14, et la malade part de l'hôpital le 20 juillet, guérie.

Examen de l'appendice : L'appendice a une longueur de 7 cm., sa grosseur est celle d'un porte-plume, sa coloration est rougeâtre, il est souple. A la face postérieure on trouve une ulcération allongée dans le sens vertical, à bords non indurés, de petites dimensions (fissure d'un demi-centimètre). A son niveau existe une perforation complète de la paroi.

La coupe de l'organe faite dans le sens de la longueur ne montre rien d'anormal à part la communication de la cavité appendiculaire avec la cavité péritonéale par la fissure sus-décrite.

Au microscope, la muqueuse apparaît en hyperfonctionnement, les cellules qui constituent les glandes du vermium sont hautes, au point que par leur accollement avec celles du côté opposé, elles oblitèrent la lumière du tube glandulaire ; ces cellules présentent des vacuoles abondantes au pôle axial.

La musculeuse est normale, les amas lymphoïdes de la sous-muqueuse sont un peu hypertrophiés.

Examen de la masse pseudo-myxomateuse : La masse pseudo-myxomateuse est molle, gélatineuse, de couleur jaune, claire, transparente. On en a recueilli environ 200 cc^3. Cette masse entourait l'appendice ; elle n'est pas organisée, n'est pas formée de kystes accolés, mais est constituée par une masse uniforme.

Au microscope elle est formée de grands filaments dépourvus de noyaux, non organisés, disposés en travées irrégulières entre lesquelles se trouve un liquide d'œdème.

L'examen chimique et biologique, fait par M. Binet, montre que cette masse gélatineuse est nettement alcaline, qu'elle ne se modifie pas par l'acide acétique ni par l'action de la chaleur. Elle ne se dissout pas dans l'eau.

Elle n'attaque pas l'albumine de l'œuf, mais digère l'amidon, cette digestion étant empêchée par la chaleur (ébullition).

N.-B. — Nous avons reçu le 20-11-30 d'excellentes nouvelles de cette dame.

OBSERVATION XXV

M. H..., âgé de 58 ans, est sujet depuis 5 à 6 ans à des douleurs dans l'hypocondre droit qui l'amènent à porter la main sur la région du foie ; il ressent, de plus, quand il se couche sur le côté droit, des douleurs dans la F. I. D., et trouve difficilement une bonne position pour dormir. Les garde robes sont régulières ; de temps en temps on constate la présence d'un peu de sucre dans l'urine. Le 12-9-1912, le malade dit avoir eu une garde robe noirâtre comme du civet de lièvre. Le 13 et le 14 il se purge avec de l'eau de Carabana puis avec de l'eau de Rubinat. Le ventre à ce moment se météorise et devient douloureux à droite.

Nous le voyons le 7-9, avec le Docteur Welti ; le météorisme a un peu diminué, la percussion donne cependant une sonorité exagérée, sauf au niveau de la F. I. D., où l'on trouve de la submatité. Le palper montre dans cette région l'existence d'une tuméfaction qui remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic, sans l'atteindre. Cette tuméfaction se termine par un contour arrondi ; elle est le siège de gargouillements bruyants, perceptibles à distance ; la température oscille entre 37°7 et 38°2.

Nous hésitons entre un néoplasme de la région iléo-cæcale avec inflammation du péritoine voisin et une appendicite, prescrivons un traitement d'attente purement médical. La température s'abaisse les jours suivants et la tuméfaction diminue.

Il persiste une sensibilité locale à la pression. L'examen des matières fécales montre l'absence de sang.

Le 29 septembre la douleur augmente de nouveau, la température remonte à 37°8. En notre absence, un autre chirurgien est appelé qui porte le diagnostic ferme d'appendicite et décide l'opération qui est faite le 8 octobre 1912.

A l'ouverture du ventre, on voit sortir des masses gélatineuses, et on constate la présence d'une grosse tumeur en arrière du cæcum et du côlon ascendant ; *jugeant qu'il s'agissait d'un néoplasme inextirpable, le chirurgien referme le ventre.*

La plaie s'est réunie par première intention, mais le malade a continué à souffrir de troubles intestinaux. En avril 1915, il a fait une poussée de péritonite avec ballonnement abdominal et fièvre. Cette poussée s'est arrangée, mais au mois de décembre 1915 le malade, pâle, cachectique, présentait toujours une masse dans la région idéo-cæcale que le Professeur Chauffard regarde comme un épithélioma.

Peu à peu l'état s'améliora cependant et depuis cette époque, il n'a plus eu d'accidents graves, le malade s'astreignant simplement à un régime sévère.

En décembre 1917, plus de 5 ans après le moment où nous l'avons examiné, il se porte bien (Communication du docteur Welti).

OBSERVATION XXVI

Ali B. H., 27 ans, tirailleur.

Ressent, en soulevant des charges lourdes dans les tranchées, une douleur dans le flanc droit. Il continue néanmoins son service jusqu'au 16-6-1917, époque où il est évacué dans une ambulance (pour oreillons).

Pendant qu'il s'y trouvait il ressentit des douleurs violentes dans la partie droite du ventre et fut pris de vomissements de couleur foncée. On constate une tumeur et on l'évacue sur un hôpital de Rouen où, le 8 août 1917, *on fait une cœliotomie qui fait constater*, dit le bulletin d'hôpital, un *néoplasme du cœcum pour lequel il est évacué sur le centre militaire anti-cancéreux de l'Hôtel-Dieu* le 17-7-1917.

Etat actuel :

a) *A l'inspection* on constate l'existence, au niveau du bord externe du grand droit, d'une cicatrice linéaire, longue de 13 cm. Entre elle et l'épine iliaque antéro-supérieure la paroi forme une légère voussure.

b) *A la palpation :* on trouve dans cette région une tumeur arrondie bien limitée, ferme, un peu mobile sur la fosse iliaque. Cette tumeur est submate à la percussion.

Bon état général. Aucun trouble du côté du tube digestif. La rate est augmentée de volume.

Opération du 26-9-1917 par le Pr H. Hartmann : Ouverture de l'abdomen par une incision située en dehors de la première cicatrice opératoire. Libération de l'épiploon adhérent à la paroi abdominale antérieure et au cæcum. Résection après ligatures de cet épiploon par petits paquets. Le cæcum est fixé à

la paroi abdominale postérieure ; pour le libérer nous sectionnons le péritoine en dehors du cæcum et du côlon, le décollons en arrière, lions par petits paquets le méso-iléo-cæcum et le sectionnons. Nous pouvons alors amener le cæcum dans la plaie. Il donne la sensation d'une tumeur ferme, arrondie, située dans sa cavité. Résection iléo-cæcale régulière avec fermeture des deux bouts et iléo-colostomie latérale. Pas de ganglions dans le méso. Drainage du foyer cruenté que nous limitons en suturant le méso iléo-cæco-colique à la lèvre interne de l'incision de la paroi. Fermeture du reste de la plaie en un plan avec des bronzes.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

Examen de la pièce : L'iléon, le cæcum, et le côlon sont ouverts. La muqueuse est saine, mais la cavité cæcale a entièrement disparu, le fond du cæcum étant entièrement refoulé en haut par une tumeur extra-intestinale du volume d'une mandarine. Sur la partie antérieure de la convexité répondant à la tumeur on voit les valvules de Gerlach, mais il est impossible d'insinuer un stylet dans la cavité de l'appendice, dont la communication cæcale est oblitérée. En disséquant la pièce par sa face externe, on découvre un appendice très augmenté de volume, uniforme, fluctuant, collé contre la paroi cæcale. A l'incision, il s'écoule une masse d'apparence myxomateuse. La face interne de cet appendice a perdu son aspect de muqueuse ; elle est lisse. A 1 cm. et demi de son extrémité, on voit une petite perforation qui conduit dans une poche arrondie également remplie de masses myxomateuses. L'appendice communique, en outre, avec deux diverticules situés l'un sous la face inférieure du cæcum, l'autre sur sa face interne, tous deux également distendus par des masses gélatineuses.

Au microscope, ces deux diverticules ont la même structure que le canal appendiculaire ; ils sont tapissés de cellules hautes, caliciformes, à noyau périphérique et dont la partie centrale est infiltrée de mucus.

Etude biologique de la masse gélatineuse par M. Binet : La masse gélatineuse ne se dissout pas dans l'eau. Elle bleuit le tournesol et ne se modifie pas sous l'influence de la chaleur. Traitée par l'eau de chaux, elle ne se dissout pas, mais si on traite ensuite l'eau de chaux décantée et filtrée par quelques gouttes d'acide nitrique, on provoque un trouble net.

Ces réactions nous montrent que le mucus dont sont remplis la cavité appendiculaire et ses deux diverticules est sous forme concrétée ou coagulée et qu'une petite partie est restée liquide et soluble.

L'extrait glycériné de l'appendice ajouté à un lait de chaux dans lequel on avait placé une certaine quantité de la substance étudiée qu'on avait secondairement filtrée, amène un trouble net. Le même extrait a la même propriété sur une solution de mucine préparée d'après la technique de H. Roger. Il y a donc dans notre appendice de la mucinase. Ces faits nous amènent à soutenir que le suc appendiculaire ne pouvant s'éliminer dans la cavité cæcale, s'est accumulé dans l'appendice et dans les deux diverticules. La mucine du liquide de l'appendice normalement liquide s'est coagulée grâce à l'action de la mucinase appendiculaire mise en évidence dans la pièce que nous étudions.

Commentaires. — *Chez ce malade, M. Hartmann, réouvrant le ventre, pensa, de même que le premier opérateur, à une tumeur maligne et fit une résection iléo-cæcale suivie de guérison. C'est seulement à l'examen de la pièce enlevée qu'il constata qu'il s'agissait d'un pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire.*

Le point particulier à toutes ces observations est que **l'on se trouve toujours en présences de masses**

gélatiniformes au lieu de se trouver en face de liquide. MM. Hartmann et Binet ont, les premiers, pour expliquer cette coagulation, cité les travaux du Professeur H. Roger et de O. Josué :

Ces expérimentateurs, sur le lapin, ont lié l'appendice à sa base, fixant d'autre part l'extrémité libre ouverte à la paroi. Ils recueillaient au moyen d'une canule munie d'un sac en baudruche les produits de sécrétion de l'appendice, et ont constaté que le liquide obtenu était clair et visqueux, tenait en suspension quelques flocons de mucus qui bleuissait nettement le papier de tournesol et possédait (n'agissant pas sur les albuminoïdes), la propriété de saccharifier l'amidon.

MM. Hartmann et Binet font observer avec juste raison que les réactions obtenues avec le suc de l'appendice du lapin sont identiques à celles qu'ils ont obtenues en étudiant les collections gélatineuses opératoires. Ces collections semblent donc correspondre simplement à la sécrétion d'appendices perforés à leur extrémité et fermés à leur implantation cœcale. Un seul caractère les différencie de la sécrétion normale, c'est que l'épanchement est coagulé (Hartmann et Binet).

Ils rappellent en outre d'autres recherches expérimentales d'H. Roger qui ont montré que le mucus se coagulait sous l'influence d'un ferment spécial contenu dans certains extraits intestinaux, la mucinase qui abonde en cas d'entérocolite et dont l'action est empêchée par la présence de la bile.

Dans les conditions où se trouvent nos malades, la précipitation du mucus est compréhensible : l'inflammation de l'appendice et l'absence de bile dans la cavité de cet organe qui ne communique plus avec le cœcum sont des circonstances suffisantes.

Etude clinique

1° ETIOLOGIE. — Au point de vue de l'étiologie, nous pouvons dire que le pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire découle, d'apres nous, du mucocèle de cet organe. Ce mucocèle augmentant dans des proportions quelquefois énormes peut faire éclater le vermium, déterminer des fissures dans la paroi de l'appendice, ce qui se comprend par les points de faible résistance dont nous trouvons la paroi appendiculaire abondamment pourvue dans cette affection.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — a) L'appendice, comme le dit justement M. Hartmann, est presque constamment perforé. Au long des 26 cas cités plus haut, 2 fois seulement l'appendice est reconnu sans perforation. Sans doute faut-il penser que, vu les détails accessoires donnés par les observateurs sur l'appendice dans les cas auxquels nous faisons allusion, l'appendice antérieurement perforé avait bénéficié d'une réparation ultérieure. En tout cas, il est fréquent de remarquer la présence de diverticules, l'irrégularité d'épaisseur des parois

de l'organe, une modification profonde de la muqueuse (celle-ci étant devenue plus lisse, plus blanche, desquamant), paraissant organisée, vu la présence d'un grand nombre de cellules caliciformes, pour produire électivement de la mucine.

b) Les masses gélatiniformes, le plus souvent enkystées, le sont par les réactions péritonéales qui constituent dans l'épaisseur de ces masses de fines travées conjonctives. Ces masses, MM. Hartmann et Binet ont pu prouver que c'était du mucus presque entièrement concrété (voir obs. n° 26). De plus, dans l'observation n° 24, ils montrent que des ferments intestinaux s'y trouvent contenus.

c) Le péritoine réagit comme nous l'avons dit ; souvent, il est relaté que son aspect est velvétique, ce qui traduit sans doute une irritation d'ordre chimique ou une inflammation excessivement légère (si elle était forte, il y aurait péritonite nette). Comme, sauf dans l'observation rapportée par M. Lejars, (où l'appendice avait été reconnu précancéreux) jamais on n'a vu de cellules migratrices au sein des substances gélatiniformes (sauf des cellules de dégénération bien caractérisée), il est peu probable que le péritoine soit donc le siège de greffes cellulaires d'origine appendiculaire.

3° ETUDE CLINIQUE. — Au point de vue clinique, il faut noter :

1° Des crises typiques d'appendicite dans les antécédents (le plus souvent) ;

2° Quelquefois, après ces crises, une tumeur à bords nets, souvent dure, lisse, se reconnaît à l'examen du ventre et fait penser soit à un gâteau d'exsudats inflammatoires, soit à un néoplasme, ces idées s'opposant à la reconnaissance précise d'une appendicite. Dans quelques cas, les crises appendiculaires ont été frustes, tellement peu accentuées que c'est la tumeur qui a éveillé l'attention.

3° On peut noter la très lente évolution de la maladie ; c'est ainsi que nous constatons que l'âge de nos malades dépasse le plus souvent 35 ans.

4° Le diagnostic n'est pour ainsi dire pas possible : gâteau inflammatoire dans les cas où la tuméfaction est mal limitée ; cancer dans les cas où cette dernière présente des contours nets et une consistance dure, voilà les deux idées qui viennent à l'esprit. Cependant, il y a quelques nuances : dans le cas où l'on a l'attention attirée vers la possibilité d'exsudats inflammatoires, l'absence de fièvre, l'allure du faciès, peuvent donner de vagues indications ; lorsque l'on pense au cancer, on peut remarquer que, malgré l'amaigrissement et la perte de forces (qui sont fréquents dans le pseudo-myxome), il n'y a pas de teint cancéreux, que l'évolution se fait souvent avec des périodes de rémission, que la maladie dure, au dire du malade, déjà depuis longtemps, — des années quelquefois. Toutefois, nous considérons avec M. Hartmann le diagnostic clinique de cette lésion comme impossible pratiquement

en clinique. Ce diagnostic a pu même laisser hésitants des chirurgiens de haute valeur, connaissant la question, *même lorsque le ventre était laparotomisé* (voir obs. 26 et 25).

5° Le pronostic est bénin : après le professeur Lejars qui a insisté sur ce point, le Professeur Hartmann le souligne avec énergie. Les récidives ne se produisent jamais, à l'encontre de ce que l'on peut voir dans les pseudo-myxomes péritonéaux d'origine ovarienne. Ces derniers, au cours desquels des cellules néoformées se métastasent dans la cavité péritonéale, peuvent donner lieu à la généralisation péritonéale du néoplasme original ; d'évolution lente, ils tuent tout de même. Remarquons en passant, que le pseudo-myxome d'origine ovarienne est constitué par de la pseudo-mucine (nucléo-albumine) alors que celui qui est d'origine appendiculaire est formé de mucine (glycoprotéïde).

Le cas qui nous occupe ici évolue bien différemment : pas de récidive, l'évacuation des masses gélatineuses suffit à une guérison définitive ; cela nous empêche d'accepter l'hypothèse de M. le Professeur Lejars qui, dans son admirable article de 1912 (voir bibliographie) dit (en substance) qu'on aurait peine à se figurer que l'appendice puisse sécréter à lui tout seul certaines de ces collections surprenantes par leur volume considérable. Il dit que cela peut donner à penser à des greffes péritonéales contribuant à leur formation.

C'est peut-être le cas, mais exceptionnellement, quand on a affaire à un appendice cancéreux ou pré-cancéreux. Toutefois dans l'immense majorité des cas, c'est l'appendice seul qui concourt à créer le pseudo-myxome que nous avons étudié, et cela est un gage de bénignité. Cet appendice, il faut bien y réfléchir, travaille souvent de longues années à l'élaboration de la substance pseudo-myxomateuse. Tous les jours nous voyons se développer de façon incroyable, une minuscule glande sébacée qui (variété de kystes sébacés admise depuis Bœrhaave), entre en rétention et en dilatation. Toutes proportions gardées, l'appendice élaborant le pseudo-myxome ne nous surprend pas.

TRAITEMENT

M. le Professeur Hartmann a relevé dans son article, paru en 1918, que la simple évacuation des masses gélatineuses a été suivie de guérison dans trois cas, que 11 fois cette évacuation a été combinée à l'ablation de l'appendice (10 guérisons, un décès) que chez 3 malades le chirurgien, pensant à un néoplasme a enlevé en bloc les masses gélatineuses enkystées et la région iléo-cæcale (les 3 malades ont guéri).

Il suffit d'évacuer la masse pseudo-myxomateuse et d'enlever l'appendice : c'est là le traitement de choix.

ET LE DIVERTICULE DE MECKEL ?

Au point de vue de l'étiologie du pseudo-myxome péritonéal envisagé dans ses origines intestinales, on comprend aisément qu'il ne puisse procéder d'une perforation de l'intestin lui-même, celle-ci donnait issue à des matières trop septiques (qui occasionneraient l'apparition d'une péritonite localisée ou généralisée suivant les cas).

Nous avons pu citer des observations de pseudo-myxome d'origine appendiculaire, mais il est d'un intérêt très vif de se demander si l'appendice est le seul organe capable de déterminer des lésions pseudo-myxomateuses (d'origine intestinale) du péritoine : pourquoi le *diverticule de Meckel* n'en fournirait-il pas l'occasion? Certes, il nous semble que cela est fort possible dans certaines circonstances et que dans des conditions spéciales, on pourra observer des *pseudo-myxomes péritonéaux d'origine diverticulaire*. Nous ne connaissons pas actuellement d'observation publiée à ce sujet, mais peut-être plus tard des chirurgiens pourront observer des cas de ce genre.

Conclusions

1° Il existe, en dehors des épanchements gélatiniformes à point de départ ovarien, des épanchements également gélatiniformes mais le plus souvent enkystés en rapport avec l'appendice.

2° Ces épanchements ont pour point de départ une appendicite antérieure comme le montre l'histoire clinique des malades.

3° Au lieu de présenter une évolution souvent maligne comme les épanchements gélatiniformes d'origine ovarienne, ils constituent une affection bénigne.

4° Le fait que les masses sont généralement gélatiniformes et non pas liquides comme le sont souvent les dilatations kystiques de l'appendice, peut être expliqué par ce fait que le mucus s'est coagulé sous l'action d'un ferment spécial, la mucinase, contenu dans certains extraits intestinaux et dont l'action empêchée par la bile peut s'exercer dans ces cas où le liquide se trouve complètement indépendant de la circulation intestinale.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

BALTHAZARD. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Cruveilhier. — Traité de Pathologie générale, Paris, 1864, T. 5, p. 2.

Pean. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, Paris, 1895, T. 1, p. 418.

Werth. — Archiv. f. Gyn., 1884, T. 24, p. 100.

Schumann. — Surgery, Gynecology, Obstetric., Chicago, 1908, T. 6, p. 15.

Eden. — Lancet, London, 30 nov. 1912, T. 2, p. 1.498.

Rathe. — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Berlin, mars 1913, T. 37, p. 322.

Fred. Warren Bailey. — Southern surg. and Gyn. Transactions, Philadelphia, 1915-1916, T. 28, p. 339.

Hammesfahr. — Deutsche Med. Woch. Leipzig, 31 juillet 1913 p. 1.501.

Villar. — Bulletin de l'Académie de Médecine, Paris, 28 février 1918, p. 175.

Merkel. — Ergebn, d. allegm. Path. u. path. Anat., T. 9, p. 329.

Lubarsch. — Ibidem, T. 18, p. 847.

Oberdorfer. — Verh. d. Deutch., path. ges., 1906, p. 235.

Mac Connell. — Internat. clinics, 1907, T. 4, Série 17.

Tomita. — Centr. Bl. f. allg. Path. u. path. Anat., 1907, p. 849.

Robecq. — Trans. Chicago Gyn. Soc. 1908, p. 80.

P. Paczeck. — Inaug. Dissert., Breslau, 1912.

Frankel. — Munch. Med. Woch., 11 juin 1901.

Recamier. — Bulletin de la Société d'Anatomie, Paris, 13 janvier 1905, p. 54.

Hirst. — Cité par Stengl. — Jour. Americ. Med. Assoc., Chicago, 17 février 1906, T. 46, p. 495.

Mario Acevedo. — Rev. de la Soc. de Méd. Argentina, mai-juin 1906.

Huter. — Beiträge z. Pathol. Anat. u. allg. Pathol., 1907, T. 41, p. 517.

Neumann. — Berliner Klin. Woch., 1909, p. 11.

Chavannaz. — Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie, Paris, 1909, p. 459.

H. Cramer. — Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin, décembre 1910, T. 32, p. 697.

Moore. — Brit. Med. J., 1910, T. I, p. 1109.

Trotter. — Brit. Med. J., 1910, T. I, p. 687.

Honecker. — Pseudomyxoma Peritonei nach Appendicitis, Inaug. Diss., Leipzig, 1910.

D. Malpas et de Lostalot. — Lancet, 24 juin 1911, T. I, p. 16-98.

Lejars. — La Semaine Médicale, 11-11-1912, p. 559.

Deletrez. — Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, 3 mai 1913, T. 26, p. 341.

J. T. Moore. — Trans of the Southern. Surg. and Gyn. Soc., T. 28, p. 429.

Fred. Warren Bailey. — Southern. Surg. and Gyn. Trans., 1915-1916, T. 28, p. 335.

Mac Carty et Mc Grath. — Ann. Surg. Phila., 1910, 801.

J. Verne. — Comptes rendus de la Société de Biologie, Paris, 1909.

Boese. — A case of chronic appendicit. simulatung néoplasm. — J. Am. M. Ass., Chicago, T. 4, p. 2153.

E. Kretzmer. — München, 1907.

Cramer. — Sitzungsb. d. Natürh. ver. d. preuss. Reinl. u. Vestphal., 1910, Bonn. 1911, B. 2.

Loth. — Uber das Pseud. Beitr. Z. Klin. Chir. Tübing., 1914, xciv 47-51.

H. Roger. — Alimentation et digestion, 1907, p. 472.

H. Roger. — Digestion et nutrition, Paris, 1910, p. 553.

Nager. — Beitrag zur Kentniss seletner abdominal tumoren. — Zieglers Beitrage z. Pathol. Anat., 1904, XXVI, I.

Kemhadjian. — Thèse de Paris, 1912.

Mercier-Bellevue. — Thèse de Bordeaux, 1911.

Merkel. — Münch. med. Wochensch., 26-7-1904, p. 1360.

Hartmann et Binet. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, années 1918-1919, 2e série, T. XIII, p. 65.

Scheler. — Annali di chirurgia, sept. 1922, T. I, p. 704.

Masson et Hamrick. — Surgery Gyn. Obstetr., juin 1930, p. 1023.

Limoges, Impr merie Commerciale Perrette